·论著·

农村女性规范孕期保健现状及自我管理行为的调查研究

罗小茜[1]，陈俊屿[1]，贾红红[1]，刘丽[1]，李春宏[2]，杨娜娜[3]，韩广莉[4]，周郁秋[1*]

1.163000 黑龙江省大庆市，哈尔滨医科大学（大庆）基础护理学部
2.151400 黑龙江省绥化市安达市妇幼保健院妇产科
3.130021 吉林省长春市，吉林大学中日联谊医院妇产科
4.163000 黑龙江省大庆市红岗区人民医院妇产科
*通信作者：周郁秋，教授/博士生导师；E-mail：hlxzyq@126.com

【摘要】 **背景** 我国规范孕期保健的参与率上升缓慢，城乡妇幼健康发展的不平衡、不充分问题突出，农村女性自我管理在孕期保健中的主体作用尚未能得到充分发挥。**目的** 调查农村女性规范孕期保健现状和自我管理行为水平，并分析其孕期保健自我管理行为影响因素。**方法** 于 2023 年 1—8 月，采取便利抽样方法选取黑龙江省绥化市、黑龙江省大庆市和吉林省长春市农村孕期女性 470 例作为调查对象，采用基本情况调查表、孕妇自我管理量表、简版爱丁堡产后抑郁量表（EPDS-Dep-5）和孕产妇社会支持量表（MSSS）对其进行调查，统计农村女性规范孕期保健现状，比较不同特征农村女性孕期保健自我管理行为得分，采用多元线性回归分析探讨农村女性孕期保健自我管理行为的影响因素。**结果** 参与孕前检查的农村女性为 218 例（46.4%），首次产检时间在 12 周及以内的为 388 例（82.6%），产检地点在县级及以上医疗卫生机构为 303 例（64.5%），产检次数符合孕周要求的为 276 例（58.7%），产检项目数符合孕周要求的仅为 103 例（21.9%）。孕期保健自我管理得分平均为（70.18±16.42）分，各维度得分指标由高到低依次为遵医行为维度（79.75%）、日常生活行为管理维度（77.33%）、自我防护行为管理维度（76.73%）和胎儿监护行为管理维度（70.43%）。多元线性回归分析结果显示，家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离（B=0.732，95%*CI*=0.139~1.325）、孕周（B=-1.336，95%*CI*=-2.119~-0.553）、妊娠期合并症（B=3.776，95%*CI*=1.532~6.019）、孕期抑郁风险（B=-0.356，95%*CI*=-0.663~-0.049）和社会支持情况（B=2.635，95%*CI*=2.508~2.762）是农村女性孕期保健自我管理行为的影响因素（$P<0.05$）。**结论** 农村女性规范孕期保健的参与率和合格率较低，孕期保健自我管理行为得分处于中等水平。家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离、孕周、妊娠期合并症、孕期抑郁风险和社会支持情况是农村女性孕期保健自我管理行为的影响因素。各级医疗卫生服务人员应加强对农村孕期女性群体的重视，规范其孕期保健行为，提升其自我管理能力，构建科学适配、经济有效、简便易行的农村女性孕期保健自我管理干预模式。

【关键词】 孕期保健；农村女性；自我管理；影响因素分析
【中图分类号】 R 173 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0120

Investigation on the Current Status of Standard Pregnancy Health Care and Self-management Behavior of Rural Women

LUO Xiaoxi[1]，*CHEN Junyu*[1]，*JIA Honghong*[1]，*LIU Li*[1]，*LI Chunhong*[2]，*YANG Nana*[3]，*HAN Guangli*[4]，*ZHOU Yuqiu*[1*]
1.School of Nursing，Harbin Medical University（Daqing），Daqing 163000，China
2.Obstetrics and Gynaecology，Anda Maternal and Child Health Center，Suihua 151400，China
3.Obstetrics and Gynaecology，China-Japan Union Hospital of Jilin University，Changchun 130021，China
4.Obstetrics and Gynaecology，Honggang District People's Hospital，Daqing 163000，China
Corresponding author：ZHOU Yuqiu，Professor/Doctor supervisor；E-mail：hlxzyq@126.com

【Abstract】 **Background** The rate of participation in standard pregnancy health care in China is gradually increasing，

基金项目：2022 年国家自然科学基金青年基金项目（72204064）；哈尔滨医科大学（大庆）校内科研基金（2018XN-03）
引用本文：罗小茜，陈俊屿，贾红红，等.农村女性规范孕期保健现状及自我管理行为的调查研究［J］.中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0120.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
LUO X Q，CHEN J Y，JIA H H，et al. Investigation on the current status of standard pregnancy health care and self-management behavior of rural women［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

highlighting the imbalance and insufficiency in women's and children's health development between urban and rural areas. The potential of rural women's self-management as the cornerstone of pregnancy health care has not been fully utilized. **Objective** To examine the current status of standard pregnancy health care among rural women, assess their level of self-management behavior, and identify the factors influencing their self-management behavior in pregnancy health care. **Methods** The research was conducted from January to August 2023, involving 470 rural women in Suihua City and Daqing City in Heilongjiang Province, as well as Changchun City in Jilin Province, all selected through convenience sampling. Various tools such as the Basic Information Questionnaire, Maternal Self-Management Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale in Simplified Version (EPDS-Dep-5), and Maternal Social Support Scale (MSSS) were employed to gather data. Data in relation to the present condition of standard pregnancy health care among rural women were counted. The self-management behavior scores of different characteristics of rural women in pregnancy health care were compared. Multiple linear regression was used to assess the factors that impact rural women's self-management behavior in pregnancy health care. **Results** The findings revealed that 218 rural women (46.4%) underwent pre-pregnancy checkups, with 388 (82.6%) having their first checkups within 12 weeks. There were 303 cases (64.5%) where obstetric examinations took place in medical and health institutions at the county level or higher. Of 276 cases (58.7%), the number of obstetric examinations satisfied the requirements for the respective pregnancy week. However, only 103 cases (21.9%) adhered to the required number of obstetric examination items for the pregnancy week. The average score for self-management of health care during pregnancy was (70.18 ± 16.42). The scoring indicators for each dimension, in descending order, were medical compliance behavior (79.75%), routine life behavior management (77.33%), self-protection behavior (76.73%), and fetal monitoring behavior management (70.43%). The findings from the multiple linear regression analysis indicated that the distance of family residence from the closest antenatal care facility (B=0.732, 95%*CI*=0.139-1.325), gestational week (B=-1.336, 95%*CI*=-2.119--0.553), pregnancy complications (B=3.776, 95%*CI*=1.532-6.019), risk of depression during pregnancy (B=-0.356, 95%*CI*=-0.663--0.049), and social support status (B=2.635, 95%*CI*=2.508-2.762) were identified as significant factors influencing the self-management behaviors of pregnancy health care among rural women (P<0.05). **Conclusion** Rural women exhibited low rates of participation and eligibility for standardized pregnancy health care, along with moderate scores for self-management behaviors related to pregnancy health care. The distance of family residence from the nearest antenatal care facility, gestational week, pregnancy comorbidities, risk of depression during pregnancy, and social support were found to be the factors influencing the self-management behaviors of pregnancy health care among rural women. It is recommended that health care providers at all levels focus on rural women during pregnancy, standardize their pregnancy health care behaviors, enhance their self-management skills, and establish a scientifically sound, cost-effective, simple, and easily operable self-management intervention model for pregnancy health care among rural women.

【Key words】 Pregnancy health care; Rural women; Self-management; Root cause analysis

妇幼保健是保障妇女儿童权益，促进妇女儿童全面发展的基础性工作。伴随各项举措的有效落实，我国妇幼健康状况得到极大的改善，妇女参与决策和管理的途径更加多元，社会保障水平稳步提升，发展环境日益优化。其中孕期保健作为一种可及的、科学的保健服务，对于维护母婴健康，促进优生优育具有重要的直接意义。但是与不断扩大的孕期保健服务覆盖范围相比，我国规范孕期保健的参与率上升缓慢，且城乡妇幼健康发展的不平衡、不充分问题依然突出，而造成这种现象的重要原因就是未能充分发挥农村女性自我管理在孕期保健中的主体作用[1-2]。在此背景下，本研究聚焦于农村女性，了解其规范孕期保健现状，探讨其孕期保健自我管理行为水平及影响因素，为建立符合我国国情的农村女性孕期保健规范化干预及健康管理实践策略提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2023 年 1—8 月，采取便利抽样法，在上级妇幼保健机构对辖区农村开展定点帮扶的过程中，对黑龙江省绥化市安达镇、黑龙江省大庆市红岗区和吉林省长春市二道区下辖共计 16 个村的农村孕期女性开展调查。纳入标准：（1）孕妇；（2）农村常驻人口，居住时间≥ 2 年；（3）年龄 15~49 周岁；（4）有基本的阅读能力和理解能力；（5）自愿参加并签署知情同意书。排除标准：（1）智力低下、精神疾患、语言障碍及其他无法配合者；（2）拒绝参与本次调查者。本次调查共发放问卷 493 份，回收有效问卷 470 份，有效问卷回收率为 95.33%。

1.2 调查工具

1.2.1 一般情况调查表：研究者根据前期文献回顾，自行设计农村孕期女性基本情况调查表。（1）人口学特征：

包括年龄、受教育程度、职业、居住地（家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离）、家庭年收入、家庭年健康投资比例、孕次、产次、孕周；（2）临床疾病特征：家族遗传病史、慢性病史、不良孕产史、妊娠期合并症；（3）孕期保健情况：孕前以及产前检查情况，包括首次产前检查时间、产检地点、总检次数和检查内容。

1.2.2 孕妇自我管理量表：孕妇自我管理量表由李金芝等[3]于2013年编制，用于评估孕妇的自我管理水平。该量表包括4个维度，即日常生活行为管理维度、胎儿监护行为管理维度、遵医行为维度和自我防护行为管理维度，每条目计分1~5分，总分25~125分，分数越高，代表孕妇自我管理能力越强。该量表的重测信度系数为0.957，Cronbach′s α 系数为0.926，内容效度系数（CVI）为0.907，为了便于比较各维度得分，将问卷总分及各维度得分转化为100分制评分：转化分=（实际粗分－理论最低粗分）/（理论最高粗分－理论最低粗分）×100。理论最低粗分=各维度或总问卷的条目数乘以1；理论最高粗分=各维度或总问卷的条目数 ×5。

1.2.3 简版爱丁堡产后抑郁量表（A5-item Short Form of the EPDS，EPDS-Dep-5）：爱丁堡产后抑郁量表（EPDS量表）是全球使用较为普遍的抑郁评估工具，1998年Lee教授等汉化编译为中文版EPDS，共10个条目，每条目计分0~3分，总分0~30分，总得分越高即抑郁越严重[4]。本研究使用的中文版EPDS-Dep-5量表是由EPDS量表条目1、2、8、9、10组成，涵盖情感缺失和抑郁2个维度，当总分≥4分时，提示孕妇为抑郁高危人群[5]。该量表总量表的Cronbach′s α 系数为0.759，各维度的Cronbach′s α 系数为0.774、0.743；总量表的SpearBrown分半信度系数为0.757，各维度的SpearBrown分半信度系数为0.776、0.732。

1.2.4 中文版孕产妇社会支持量表（Maternity Social Support Scale，MSSS）：MSSS是由澳大利亚妇女心理研究中心Webster针对孕产期女性的社会支持情况评定编制而成，后经国内学者李冠楠等[6]翻译汉化，量表包括正性社会利用和负性事件2个维度，共6个条目，每条目计分1~5分，总分6~30分，得分越高表示社会支持程度越高。该量表的Cronbach′s α 系数为0.75，重测信度为0.71。

1.3 资料收集方法

由研究者对2名调查员进行统一培训，要求其在收集资料之前严格按照纳入标准筛选调查对象，同时签署知情同意书，如调查对象不会写字，嘱其家属代签。调查员向调查对象详细介绍本研究的目的及意义，指导其填写问卷，不识字的由调查员协助其填写问卷。问卷收回后，调查员当场核对有无漏填及填写不清的题项，及时进行补充。

1.4 统计学方法

采用SPSS 25.0软件进行统计学分析，符合正态分布的计量资料采用（$\bar{x}\pm s$）表示，计数资料采用相对数表示。采用 t 检验和单因素方差分析检验不同人口学特征和临床疾病特征对农村孕期女性孕期保健自我管理行为的影响；采用Pearson相关分析探讨EPDS-Dep-5、MSSS与农村孕期女性孕期保健自我管理行为的相关性；采用多元线性回归分析探讨农村孕期女性孕期保健自我管理行为的影响因素。以 P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 农村孕期女性基本情况及规范孕期保健现状

本研究共纳入470例农村孕期女性，年龄18~45岁，平均年龄（30.3±4.6）岁，EPDS-Dep-5得分为（4.91±2.16）分，MSSS得分为（17.97±5.42）分，其余基本情况见表3。农村女性规范孕期保健调查结果见表1。

表1 农村女性规范孕期保健现状［例（%）］
Table 1 The health care status of rural women during pregnancy

项目	数据
孕前检查	
参加	218（46.4）
未参加	252（53.6）
首次产检时间	
12周及以内	388（82.6）
13~28周	43（9.1）
28周以上	39（8.3）
首次产检地点	
乡镇及以下医疗卫生机构	167（35.5）
县级及以上医疗卫生机构	303（64.5）
产检次数	
符合孕周要求	276（58.7）
不符合孕周要求	194（41.3）
产检项目	
符合孕周要求	103（21.9）
不符合孕周要求	367（78.1）

2.2 农村女性孕期保健自我管理行为得分情况

470例农村女性孕期保健自我管理行为平均得分为（70.18±16.42）分，得分指标76.15%，处于中等水平。自我管理行为各维度得分指标由高到低依次为遵医行为维度、日常生活行为管理维度、自我防护行为管理维度和胎儿监护行为管理维度，见表2。

2.3 不同特征农村女性孕期保健自我管理行为得分比较

不同受教育程度、职业、健康投资比例、居住地距

离、孕周以及妊娠期合并症的农村孕期女性自我管理行为得分比较，差异有统计学意义，见表3。

表2 农村女性孕期保健自我管理行为得分情况
Table 2 The self-management of pregnant women in rural areas

总分/维度	平均得分（$\bar{x} \pm s$，分）	最低得分（分）	最高得分（分）	得分指标（%）
总分	70.18±16.42	0	100	76.15
日常生活行为管理	71.66±16.45	0	100	77.33
胎儿监护行为管理	63.04±21.03	0	100	70.43
遵医行为	74.68±19.67	0	100	79.75
自我防护行为管理	70.92±17.46	0	100	76.73

2.4 孕期抑郁风险/社会支持情况与农村女性孕期保健自我管理行为得分的相关性分析

农村女性孕期保健自我管理行为得分与孕期社会支持得分呈正相关（r=0.895，P=0.000），与孕期抑郁风险呈负相关（r=-0.227，P=0.000），见表4。

2.5 农村女性孕期保健自我管理行为得分影响因素的多元线性回归分析

以农村女性孕期保健自我管理行为总分为因变量，将单因素分析差异有统计学意义的变量作为自变量，进行多元线性回归分析，自变量赋值如下，受教育程度：小学及以下=1，初中=2，高中=3，大学/大专及以上=4；职业：事业单位/公务员/政府工作人员=1，专业人士（如教师/医生/律师等）=2，服务业人员（如餐饮服务员/司机/售货员等）=3，公司职员=4，工人（如工厂工人/建筑工人/城市环卫工人等）=5，家庭主妇=6，其他（如经商）=7；家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离：<10 km=1，10~19 km=2，20~29 km=3，≥30 km=4；过去1年中家庭用于健康投资的消费金额占家

表3 不同特征农村女性孕期保健自我管理行为得分比较（$\bar{x} \pm s$，分）
Table 3 Comparison of self-management behavior scores of rural women with different characteristics in pregnancy care

项目	例数	得分	F（t）值	P值
年龄（岁）			0.677	0.566
<20	4	73.00±20.61		
20~29	203	71.17±16.72		
30~39	251	69.55±16.19		
≥40	12	65.92±15.53		
受教育程度			8.470	<0.001
小学及以下	39	63.82±17.92		
初中	134	74.79±16.85		
高中	67	73.31±14.55		
大学/专及以上	230	67.67±15.63		
职业			4.273	<0.001
事业单位	60	68.15±15.12		
专业人士	46	68.00±11.39		
服务业	48	65.31±14.74		
公司职员	42	65.12±15.60		
工人	15	60.73±20.39		
家庭主妇	160	73.74±16.61		
其他	99	72.63±17.67		
居住地距离（km）[a]			6.142	<0.001
<10	195	73.48±17.00		
10~19	102	69.67±14.09		
20~29	65	64.26±18.08		
≥30	108	68.29±15.16		
年收入（万元）			3.397[b]	0.334
<1	38	68.55±20.47		
1~5	134	72.40±16.89		
6~10	178	70.06±14.85		
>10	120	68.42±16.61		
健康投资比例（年，%）			13.510	<0.001
<10	213	73.51±16.30		
10~19	125	72.20±15.56		
20~29	104	62.16±13.79		
≥30	28	65.68±19.68		
孕次（次）			1.514	0.210
1	260	68.78±16.82		
2	119	72.36±14.40		
3	54	70.93±18.00		
≥4	37	71.95±16.94		
产次（次）			1.756	0.155
0	257	71.74±15.73		
1	173	68.12±17.71		
2	36	68.97±14.37		
≥3	4	70.00±13.64		
孕周（周）			6.776	0.001
≤12	151	73.79±16.75		
13~28	103	70.58±17.51		
>28	216	67.47±15.18		
遗传病史			-1.126[c]	0.261
有	12	64.92±25.52		
无	458	70.32±16.13		
慢性病史			-1.886[c]	0.060
有	24	64.04±15.47		
无	446	70.51±16.42		
不良孕产史			-1.235[c]	0.215
有	20	65.75±17.46		
无	450	70.38±16.37		
妊娠期合并症			-3.926[c]	<0.001
有	44	61.07±19.96		
无	426	71.12±15.74		

注：[a] 表示家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离；[b] 为方差不齐采用非参数检验；[c] 为 t 值。

庭支出的比例：<10%=1，10%~19%=2，20%~29%=3，≥ 30%=4；孕周：≤ 12 周 =1，13~28 周 =2，>28 周 =3；有妊娠期合并症 =1，无妊娠期合并症 =2；EPDS-Dep-5 和 MSSS 总分按照原值输入，结果显示，家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离、孕周、妊娠期合并症、EPDS-Dep-5 和 MSSS 总分是农村女性孕期保健自我管理行为的影响因素（P<0.05），见表 5。

表 4 孕期抑郁风险 / 社会支持情况与农村女性孕期保健自我管理行为得分的相关性分析

Table 4 Correlation analysis between depression risk/social support and self-management level with pregnant women in rural areas

项目	EPDS-Dep-5a		MSSSb	
	r 值	P 值	r 值	P 值
日常生活行为管理	-0.236	0.000	0.861	0.000
胎儿监护行为管理	-0.121	0.000	0.696	0.000
遵医行为	-0.230	0.000	0.771	0.000
自我防护行为管理	-0.224	0.000	0.859	0.000
总分	-0.227	0.000	0.895	0.000

注：EPDS-Dep-5= 简版爱丁堡产后抑郁量表，MSSS= 中文版孕产妇社会支持量表。

表 5 农村女性孕期保健自我管理行为影响因素的多元线性回归分析

Table 5 Multiple linear regression analysis of influencing factors on self-management level with pregnant women in rural areas

变量	B	95%CI	SE	β	t 值	P 值
常数	19.610	13.295~25.925	3.215		6.102	<0.001
教育程度	0.140	-0.594~0.875	0.374	0.009	0.375	0.708
职业	0.020	-0.331~0.372	0.179	0.003	0.112	0.911
居住地距离	0.732	0.139~1.325	0.302	0.054	2.427	0.016
健康投资比例	-0.786	-1.606~0.034	0.417	-0.045	-1.883	0.060
孕周	-1.336	-2.119~-0.553	0.398	-0.071	-3.354	0.001
合并症	3.776	1.532~6.019	1.142	0.067	3.307	0.001
EPDS-Dep-5	-0.356	-0.663~-0.049	0.156	-0.047	-2.281	0.023
MSSS	2.635	2.508~2.762	0.065	0.870	40.797	<0.001

注：R^2=0.812，F=254.927，P<0.05。

3 讨论

3.1 提升农村女性规范孕期保健的参与率和合格率

卫生部印发的《孕产期保健工作规范》中指出[7]，准备妊娠的女性及孕期女性应根据不同时期确定各阶段保健重点，接受相应的健康教育和指导，孕期女性应在孕 12 周前到医疗保健机构建立孕产期保健册（卡），孕期至少在县级及以上医院进行 5 次规范检查，其中孕早期至少进行 1 次，孕中期至少 2 次（建议分别在孕 16~20 周、孕 21~24 周各进行 1 次），孕晚期至少 2 次（其中至少在孕 36 周后进行 1 次），发现异常者还应酌情增加检查次数。规范的孕期保健可以帮助女性早期评估高危妊娠的发生风险，及时匹配最佳的预防和治疗措施，保障母婴生命健康，促进优生优育。数据显示我国孕期保健覆盖率已达到 92% 以上，而规范孕期保健的参与率仅为 69.1%，且农村地区远落后于该平均水平，弃检、少检、项目漏检等问题频发[8]。本次调查从整体来看，农村女性规范孕期保健参与率和合格率处于较低水平，尤其是项目漏检问题十分突出，这与国内其他学者的相关研究结果相似[9-10]。同时在调查过程中也从农村孕期女性处了解到，除免费的筛查项目（如乙肝、梅毒、艾滋病等传染病血液检查）外，孕期女性更倾向于主动选择和接受胎心监测和超声检查一类可视听、受众广泛的检查项目以帮助其直观了解胎儿发育状况，而对于唐筛、糖筛、心理社会评估等检查则多数表示不清楚具体检查内容，且检查项目所需支付的费用较高，这也是造成其项目漏检的主要原因。提示医务人员在针对农村孕期女性的健康教育时应充分考虑在孕期的不同时点将产前检查的内容和意义纳入宣教中，帮助女性了解规范参与各类产前检查的重要性以提高其主动参与率，同时对于农村育龄期女性还应强化孕前风险防范意识，借助国家开展的免费孕前优生健康检查项目，推动疾病预防关口前移。

3.2 提高农村女性孕期保健自我管理行为水平

本研究结果显示，农村女性孕期保健自我管理行为得分为（70.18 ± 16.42）分，得分指标为 76.15%，处于中等水平。各维度得分由高到低依次为遵医行为、日常生活行为管理、自我防护行为管理和胎儿监护行为管理。遵医行为维度得分为（74.68 ± 19.67）分，在所有维度中得分相对较高，但仍属于中等水平，且存在个体差异。遵医行为一方面体现在孕期女性对医疗决策的遵从，一方面则体现在对行为指导、危险因素预防等措施的遵从，医务人员与孕期女性的关系不仅是简单的支配与服从，更多的是长期多阶段的共同参与和指导合作，此外，我国农村孕期女性人口基数较大、分布范围广、孕产保健资源有限、距离定点医疗卫生单位距离远等现实问题也在一定程度上成为遵医行为的阻碍因素。在对孕期女性开展各类健康教育提高其遵医行为的同时，还应充分发挥基层人员在孕期保健中的积极作用。日常生活行为管理维度和自我防护行为管理维度得分分别为（71.66 ± 16.45）分和（70.92 ± 17.46）分，主要得益于国家妇幼保健基础性宣传工作的有效落实和互联网背景下信息网络的覆盖，也与维度所关联知识相对较为简单、易于孕妇和家庭成员理解与操作有一定关系。但考虑孕期的长期、动态过程，如能纳入时间维度，将短期评价和长期评价相结合，根据得分水平调整干预模式，维持其日常生活行为管理维度和自我防护行为管理维度长期处于高水平状态，也是目前亟待解决的关键问题。胎儿监护行为管理维度得分水平最低，得分仅为

（63.04 ± 21.03）分，胎儿监护行为是指孕妇在家庭中对胎儿健康状况进行监测的行为，包括监测胎心、胎动等，对于识别胎儿异常状况，保障母婴健康具有重要意义，相较于其他维度，胎儿监护行为操作专业性更强、操作指导建议匮乏、信息反馈时效性差，可考虑将“技能培训 + 技能巩固 + 监督引导 + 稳定维持”作为序贯式程序纳入农村孕期女性自我管理行为干预模式中。

3.3 探寻多元路径，优化农村女性孕期保健自我管理行为干预

3.3.1 延伸基层服务：本研究显示，农村女性孕期保健自我管理行为与其家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离有关。与城市各级各类医疗结构和社区卫生服务站的高密度分布不同，乡（镇）及以下医疗卫生机构主要承担孕初期建档、宣传和动员等基本服务工作，孕期保健的具体实施和信息处理则由县级及以上妇幼保健机构负责。因此，孕期女性及家庭需要投入一定的时间和资金克服由空间环境对孕期保健行为所造成的干扰。统计结果显示，我国女性孕期保健次均直接医疗费用为 400 元，另有 1/2 的女性额外需要支付 20 元以上的交通费，部分农村地区甚至远超过该数额，加之由孕期保健所产生的误工费用，无疑隐性增加了家庭的经济负担[11]。由此可见，延伸基层人员服务职责，可在一定程度上优化农村女性孕期保健时间和空间的可及性。

3.3.2 满足职业女性需求：本研究调查发现，家庭主妇（已婚妇女所从事的服务于家庭的职业岗位）的孕期保健自我管理行为得分最高，这可能与家庭主妇有更为自由的时间去积极参与孕期保健活动，了解孕期保健知识有关。关于职业在既往的调查中很少将其纳入以判断其是否会影响其孕期保健行为，但伴随着国家各项利好政策的推行，孕期女性有更多的选择和权益保障其工作权利，在未来，特别是在全面开放三孩政策的基础上，将会有更多的孕期女性在孕期从事各类工作，这也提示在干预中应侧重于提高工作女性孕期保健活动的参与度和孕期保健知识知晓情况，充分利用线上线下联合的干预方式。

3.3.3 关注孕周变化：随着孕周的增加，农村女性孕期保健自我管理行为得分下降。孕期女性是孕期保健自我管理的第一责任人，其个人因素直接影响最终行为决策，但孕期是一个长期的过程，过程中大多数女性的生活方式、爱好、日常行为较孕前发生较大的转变，行为的转变与坚持则需要持续依靠自身的自制力和正确的监督引导，在干预中医务人员应更多的关注中晚期妊娠女性并给予正确的动态管理。

3.3.4 融合日常管理和疾病管理：伴有妊娠期合并症的农村女性孕期保健自我管理行为得分较低，仅为（61.07 ± 19.96）分，与其他相关研究结果有一定差异[12-13]，分析其原因可能是存在妊娠期合并症的孕期女性由于疾病的原因被动的将关注点转移至疾病的治疗和管理中，而本次调查的条目侧重的为日常管理，也提示对于存在妊娠期合并症的孕期女性，应该以需求为导向，将疾病管理与日常管理相结合，采取个性化的教育方式，形成科学合理的干预模式。

3.3.5 重视孕期女性心理健康：产前抑郁是孕期最常见、隐匿的一种情绪障碍，长期的产前抑郁不仅与孕期女性高危妊娠风险有着密切关联，也会对产科的结局、子代的养育和发展结果产生负面影响[14-16]，在本次调查中发现，孕期抑郁风险与自我管理行为水平相关，提示在关注孕期女性生理健康的同时还需指导其积极应对孕期情绪障碍，这对母体心理健康以及儿童发展的长期轨迹具有重要的潜在意义。

3.3.6 发挥社会支持功能：孕期女性是孕期保健的参与主体，但除自身因素外，来自同伴、家庭成员的积极引导也可直接影响孕期女性的自我管理行为，孕期女性与家庭成员共同参与管理并解决一系列问题也有助于提升其自信心。因此，充分发挥同伴、家庭的教育功能，也是在后续干预研究中应关注的重点。

4 小结

农村女性规范孕期保健的参与率和合格率较低，孕期保健自我管理得分处于中等水平，家庭居住地距离最近定点产前检查医疗机构距离、孕周、妊娠期合并症、抑郁风险、社会支持情况是农村女性孕期保健自我管理行为的影响因素。建议构建以“基层主体 – 家庭参与 – 同伴互助 – 孕期女性自助”为一体的，并对干预结果进行动态评估和调整的农村女性孕期保健自我管理干预模式，以健全妇幼保健网络，优化妇幼卫生服务，丰富和完善孕期女性的健康管理。同时本次调查主要的研究对象为我国东北地区农村孕期女性，考虑地区经济发展与卫生资源分布的差异性，在未来的研究中可纳入我国更多地区的农村孕期女性，直观了解与比较区域间的孕期保健情况。

作者贡献：周郁秋提出主要研究目标、负责文章的质量控制与审查，对文章整体负责，监督管理；罗小茜负责研究的构思与设计，撰写论文；李春宏、杨娜娜和韩广莉分别负责绥化市、长春市和大庆市调查；贾红红、刘丽、陈俊屿进行数据的收集与整理，统计学处理，图、表的绘制与展示。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 中华人民共和国统计局 . 中国统计年鉴［M］. 北京：中国统计出版社，2021：329-343.

[2]《中国妇女发展纲要（2021—2030年）》《中国儿童发展纲要（2021—2030年）》[N].人民日报，2021-09-28（002）.
[3]李若云，李金芝.孕妇自我管理量表的编制与评价[J].医学理论与实践，2013，26（19）：2655-2656. DOI：10.3969/j.issn.1001-7585.2013.19.093.
[4]LEE D T，YIP S K，CHIU H F，et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale[J]. Br J Psychiatry，1998，172：433-437. DOI：10.1192/bjp.172.5.433.
[5]肖菊兰，文艺，罗伟香，等.中文版简版爱丁堡产后抑郁量表在孕妇人群中的信效度检验[J].现代预防医学，2022，49（18）：3320-3325. DOI：10.20043/j.cnki.MPM.202203141.
[6]李冠楠，魏华，杜凯，等.孕产妇社会支持量表中文版信效度检验[J].四川精神卫生，2020，33（3）：268-271. DOI：10.11886/scjsws20190826001.
[7]卫生部关于印发《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》的通知[J].中华人民共和国卫生部公报，2011，9（7）：13-24.
[8]刘子言，肖月，赵琨，等.国家基本公共卫生服务项目实施进展与成效[J].中国公共卫生，2019，35（6）：657-664. DOI：10.11847/zgggws1121468.
[9]焦国兰，朱清，刘畅，等.甘肃省农村地区妇女产前检查现状及影响因素分析[J].中国农村卫生事业管理，2019，39（4）：294-298. DOI：10.3969/j.issn.1005-5916.2019.04.016.
[10]田策，彭辉，Lee Soowon，等.2012至2018年孕妇孕期保健情况分析[J].中国妇幼健康研究，2020，31（5）：546-552. DOI：10.3969/j.issn.1673-5293.2020.05.001.
[11]湛永乐，蔡姝雅，王雅文，等.中国9193名妇女孕早期保健经济负担现状分析[J].公共卫生与预防医学，2020，31（1）：29-33. DOI：10.3969/j.issn.1006-2483.2020.01.007.
[12]梁茜，靳智蕴.妊娠期糖尿病患者自我管理能力和行为现状调查[J].中国妇幼保健，2021，36（4）：870-872. DOI：10.19829/j.zgfybj.issn.1001-4411.2021.04.044.
[13]费丹.妊娠期高血压孕妇自我管理能力现状及影响因素分析[J].当代护士（上旬刊），2023，30（2）：38-41. DOI：10.19791/j.cnki.1006-6411.2023.04.010.
[14]MINSCHART C，WEERDT K D，ELEGEERT A，et al. Antenatal depression and risk of gestational diabetes，adverse pregnancy outcomes，and postpartum quality of life[J]. J Clin Endocrinol Metab，2021，106（8）：e3110-e3124. DOI：10.1210/clinem/dgab156.
[15]BEYENE G M，AZALE T，GELAYE K A，et al. The effect of antenatal depression on birth weight among newborns in South Gondar zone，Northwest Ethiopia：a population-based prospective cohort study[J]. Arch Belg De Sante Publique，2021，79（1）：121. DOI：10.1186/s13690-021-00643-y.
[16]DIEBOLD A，JOHNSON J K，BRENNAN M，et al. Testing the effects of a prenatal depression preventive intervention on parenting and young children's self-regulation and functioning（EPIC）：protocol for a longitudinal observational study[J]. BMC Public Health，2021，21（1）：1368. DOI：10.1186/s12889-021-11385-5.

（收稿日期：2024-04-06；修回日期：2024-07-02）
（本文编辑：贾萌萌）